FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Albert FINZI

Né à Tunis, le 15 mars 1899

LES LUXATIONS ANTÉRIEURES DE LA COXALGIE

Président : M. CUNÉO, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA. . .	Histologie.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
BUSQUET. . .	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLER	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentale
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
NOVELACQUE .	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE . .	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU· · .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER . . .	Clinique médicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgical
RATHERY . .	Clinique médicale.
SCHWARTZ .	Clinique chirurgical

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédi chez l'adulte pour les accidentés du tra les mutilés de guerre et les infirmes adu
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions én dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propr leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIDAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

MONSIEUR LE DOCTEUR CLERC

MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU

MONSIEUR LE DOCTEUR BERGÉ (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR ALGLAVE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A Monsieur le Docteur Paul MATHIEU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Bretonneau

Qui nous a témoigné sa bienveillance en nous donnant les éléments de cette thèse.

Je tiens également à remercier M. le Dr R. DUCROQUET pour l'aide qu'il m'a apportée dans la mise au point de ce travail.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

Professeur à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous honorer en acceptant la présidence de cette thèse.

LES LUXATIONS ANTÉRIEURES
DE LA COXALGIE

CHAPITRE PREMIER

LUXATIONS DANS LA COXALGIE

Les luxations constituent une complication fréquente à la troisième période de la coxalgie. Dans la majorité des cas ces déplacements se produisent d'une manière progressive et sont dus aux ulcérations osseuses. Exceptionnellement le déplacement se fait brusquement rappelant jusqu'à un certain point la luxation traumatique.

A une période avancée de la coxalgie on trouve des altérations anatomiques variables mais pouvant presque toujours être distinguées en deux variétés :

1° Les altérations propres à la tuberculose.

2° Les altérations de cause mécanique.

Contrairement aux lésions propres à la tuberculose qui ne paraissent à première vue soumises à aucune loi dans leur extension, les altérations mécaniques, qui jouent un rôle important pour la production des luxations, se développent d'une manière régulière et en quelque sorte invariable. La tête fémorale et le cotyle s'ulcèrent sur des points où ils se compriment. Lannelongue a décrit ces lésions sous le nom de « ulcération compressive ».

Habituellement, ces lésions prédominent à la partie supérieure et postérieure de la cavité cotyloïde. Cette

localisation est due à deux causes: 1° Pendant la marche, c'est à ce niveau que se transmettent les plus fortes pressions : 2° Dans l'attitude vicieuse habituelle du début de la coxalgie c'est en ce point également que les deux os se compriment, le membre étant en flexion.

Dans les cas non traités la lésion évolue en général selon le shéma décrit par Lannelongue.

Dès le début de la coxotuberculose, les cartilages légèrement modifiés par l'inflammation s'ammincissent à la partie supérieure et postérieure de la tête fémorale Peu à peu la tête fémorale s'aplatit en haut, après qu'elle a perdu son cartilage, l'os s'ulcère à son tour, c'est le quart, la moitié et enfin la tolatité même de la tête qui disparaît par résorption. La tête détruite, le col peut être atteint en partie ou en totalité par l'ulcération compressive.

Du côté du cotyle le même travail destructeur s'opère par le même mécanisme et suivant la même marche : amincissement du cartilage en haut et en arrière, dénudation puis ulcération du sourcil cotylidien d'abord superficielle puis profonde.

Mais il est évident que dans les cas traités, la lésion s'arrête habituellement à l'un des stades de cette évolution. Toutes les coxalgies n'évoluent pas tant s'en faut vers l'ulcération compressive et la luxation. L'intensité des lésions est en raison directe :

1° De la virulence du microbe qui peut d'emblée produire des infiltrations massives.

2° De l'absence du traitement qui peut transformer une coxalgie légère en coxalgie grave.

Lorsque les lésions ont acquis un certain degré de gravité la tête fémorale déformée et diminuée de volume

se loge en partie dans une échancrure pathologique occupant la place du sourcil cotyloïdien, puis progressivement tout contact cesse entre le cotyle normal, qui se remplit de fongosités, et la tête fémorale. Comme nous l'avons vu plus haut, ces lésions occupant habituellement la partie supérieure et postérieure de la hanche, la tête fémorale se dirige en haut et en arrière. Aussi est-ce la luxation iliaque postérieure qui est la variété la plus fréquemment rencontrée dans la coxalgie mais ce n'est pas la seule qu'on peut voir.

D'une part si une coxalgie a été immobilisée dès le début, on supprime une des causes qui expliquent la localisation de « l'ulcération compressive » à la partie supérieure de la hanche, à savoir la marche.

D'autre part l'attitude du début de la coxalgie, *flexion*, abduction et rotation externe tout en étant fréquente n'est pas constante. On peut rencontrer d'autres positions vicieuses et à chacune d'elles correspond un point différent de compression de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde. Cette compression étant la cause invoquée pour expliquer l'ulcération qui conduit à la luxation on comprend aisément que cette dernière peut se faire dans une autre direction qu'en haut et en arrière. Aussi peut-on considérer plusieurs variétés de luxations pathologiques de la coxalgie. Les unes sont très fréquentes, les autres exceptionnelles. Parmi les premières nous citerons tout d'abord les luxations iliaques qui constituent presque les 90 0/0 des cas, puis les luxations ischiatiques. Parmi les dernières entrent les luxations antérieures.

Nous nous occuperons ici simplement des luxations antérieures.

Les lésions osseuses produisant ces déplacements siègent à la partie antérieure de la cavité cotyloïde. Le mécanisme de ces déplacements s'explique de la même manière que celui étudié plus haut pour la luxation iliaque postérieure.

Examinons tout d'abord qu'elles sont les causes qui ont été invoquées dans la production des luxations pathologiques antérieures de la coxalgie. Certains auteurs et en particulier Duplay ont incriminé le fait que les malades couchaient sur le côté atteint. D'autres ont incriminé le fait que le membre a été en extension durant l'évolution de la coxalgie.

Nous pensons que la rotation externe joue le plus souvent un rôle étiologique très important. Si pendant le traitement d'une coxalgie on ne s'applique pas à surveiller la position du pied, ce dernier peut se mettre en rotation externe. Si cette position défectueuse persiste un certain temps elle peut devenir définitive, les surfaces articulaires se déforment en s'adaptant à cette position. La tête fémorale comprimant le bord antérieur du sourcil cotyloïdien, c'est à ce niveau que se produit l'ulcération compressive.

Nous diviserons les luxations antérieures en deux variétés :

a) La luxation pubienne.

b) La luxation obturatrice.

Nous insisterons surtout sur la luxation pubienne qui est rare mais dont nous avons suivis deux exemples (Obs. I et II) et nous dirons simplement quelques mots sur la luxation obturatrice qui est encore plus exceptionnelle et dont il n'existe qu'un très petit nombre de cas dans la littérature médicale.

CHAPITRE II

LUXATION PUBIENNE

Le début de la luxation est rarement brusque, en général il est insidieux. Chez un malade atteint le plus souvent depuis une longue période d'une tuberculose de la hanche on est attiré un moment donné soit par une attitude vicieuse du membre malade ou par une déformation de la région articulaire.

Examen du malade

a) Attitude du membre. — Le membre luxé est dans une attitude rappelant celle de la période du début de la coxalgie. Il est en flexion, abduction et rotation externe.

La flexion est le plus souvent très peu prononcée et peut même faire complètement défaut. Dans l'observation III et chez nos deux malades le membre se trouvait en extension complète.

L'abduction est souvent notée dans les observations mais peut être plus ou moins prononcée suivant les cas.

La rotation externe est *constante* et toujours très prononcée, telle que ce condyle interne du fémur regarde directement en haut et que le pied repose sur le lit par toute l'étendue de son bord externe.

Comme conséquence de cette rotation externe, on note au niveau de la région trochantérienne une dépres-

sion au lieu de la saillie que forme normalement le grand trochanter.

Cette rotation externe constitue le signe le plus important de la luxation antérieure. Si au cours du traitement d'une coxalgie on s'aperçoit que le membre a tendance à se mettre en rotation externe il faut se méfier de la production possible d'une luxation antérieure et faire une radiographie qui donnera le diagnostic.

Cette rotation externe, comme nous l'avons dit semble jouer le rôle étiologique le plus important de cette luxation. Si chez des coxalgiques en traitement soit par extension continue soit par immobilisation dans un appareil plâtré ordinaire, c'est-à-dire arrivant au-dessus du coup de pied, on ne surveille pas suffisamment la position du membre une rotation peut se produire et devenir définitive. Les surfaces articulaires se déformeront en s'adaptant à cette position et la luxation antérieure se produira. Nous verrons plus loin la conséquence thérapeutique de ce que nous venons de dire.

b) *Examen de la hanche.* — A l'inspection on note au niveau du triangle de Scarpa une saillie d'autant plus sensible qu'on fait la comparaison avec la région correspondante du côté sain qui, en raison de la maigreur habituelle du malade, fait une dépression.

Par la palpation on sent que cette saillie est formée par une tumeur plus ou moins arrondie, d'une dureté osseuse, plus ou moins douloureuse, rappelant la forme de la tête fémorale. Signe important ; cette *tumeur suit les mouvements qu'on imprime au membre.*

La présence de la tête fémorale qu'on reconnaît à ces

caractères dans le triangle de Scarpa permet de porter à coup sûr le diagnostic de luxation antérieure.

Malheureusement ce signe pathognomonique n'est pas toujours facile à mettre en évidence. Par suite du processus inflammatoire il peut exister un empalement de la région rendant la palpation difficile.

Parfois la présence d'une saillie d'une dureté osseuse peut induire en erreur et ne pas faire penser à la tête fémorale. Dans l'observation I, cette saillie nous fit par son volume hésiter à tel point que l'on émit un moment l'hypothèse de sarcome que la radiographie permet de rejeter.

Le bassin présente souvent des déformations qui tendent à corriger la position vicieuse du membre inférieur. Par suite de l'abduction l'épine iliaque antéro-supérieure se trouve abaissée du côté malade. Une lordose lombaire peut exister si le membre est en flexion.

Radiographie

Du fait de la rotation externe la radiographie de face de la hanche, le malade étant en décubitus dorsal, offre certaines particularités intéressantes.

M. R. Ducroquet a montré dans sa thèse les inconvénients de cette rotation et les moyens d'y remédier.

« Pour une rotation externe très accentuée dit-il, 60° par exemple, l'axe du col devient sagittal, les rayons issus d'une ampoule située au-dessus de lui le traverseraient donc selon cet axe. Sur les clichés on verrait projetés l'un sur l'autre, la tête, le col et le trochanter; éléments appartenant à des plans horizontaux différents et superposés. »

Par suite de la rotation externe on peut donc commettre une erreur et penser que le col fémoral est raccourci; il peut même se produire une absence apparente de cette partie du fémur.

Chez le malade de l'observation I un cliché radiographique reproduisait cette particularité intéressante. La diaphyse fémorale se terminait à la partie supérieure par une ombre volumineuse dont laquelle il était impossible de reconnaître le col et faisait penser à la possibilité de perte de substance osseuse du col fémoral. Mais sur de tels clichés un point important peut attirer l'attention et montrer que le fémur est dans une rotation-externe accentuée. C'est la saillie du petit trochanter qui était très accentué sur la radio de notre malade.

« Cette apophyse cachée derrière le bord interne de l'os, peu apparente en rotation interne devient très proéminente en rotation externe » (Menard).

Pour connaître l'état réel du col fémorale. il faut faire une radiographie de face en posant le malade de manière que le col devienne horizontale. La position du membre en rotation interne de 30° amène cette horizontalité.

Mais dans les cas qui nous occupent la rotation interne est limitée et même parfois impossible.

Lorsqu'un certain degré de rotation est possible on atteindra l'horizontalité en basculant légèrement le bassin, la rotation du bassin sur lui-même complètera la rotation du membre.

Dans le cas de rotation externe très accentuée et irréductible il faut suivre une autre technique, décrite par M. Robert Ducroquet dans sa thèse et que nous reproduisons ci-dessous.

« Plaçons le sujet sur le ventre. Le bassin reposant sur la plaque par les épines iliaques antéro-supérieures, le col a une direction oblique en bas et en dedans, faisons tourner le bassin en surélevant l'épine iliaque opposée, grâce à des coussins ou en prenant point d'appui sur la cuisse opposée fléchie à angle droit. Nous provoquons ainsi par la rotation du bassin, un abaissement de la région trochantérienne malade sur le plan de la table et bientôt tête et trochanter sont sur le même plan horizontal, contre le plan de la table donc facile à radiographier. »

Chez notre malade la radiographie dans cette position a permis de nous rendre compte de l'état du col et de sa longueur normale.

OBSERVATION I

G. Raymond âgé de 21 mois à son entrée à l'hôpital des Enfants-Malades le 6 octobre 1920.

Il a été amené par ses parents qui s'étaient aperçus il y a 5 semaines (septembre 1920) qu'après une chute l'enfant continuait à marcher difficilement et tombait souvent.

Amené le 4 octobre aux Enfants-Malades il fut examiné par le professeur Broca. L'examen du petit malade montra une atrophie marquée de la cuisse et de la jambe droite. L'attitude était normale, rotation limitée à droite. La tête fémorale était douloureuse à la pression en avant et en arrière. On ne peut pas avoir de renseignement sur les caractères de la marche et de la station debout; l'enfant était indocile et ne se prêtait pas suffisamment à cet examen.

On notait également quelques ganglions inguinaux, chapelet costal, gros ventre.

La radiographie montra :

Le noyau de la tête fémorale flou à droite.

Cotyle droit irrégulier et flou.

Décalcification de la tête fémorale.

Le Professeur Broca porte le diagnostic de coxalgie et l'enfant est plâtré (octobre 1920).

L'enfant difficile à soigner se lève souvent de son lit. On le retire du plâtre le 16 février 1921. L'articulation est trouvée en bon état. Etat général satisfaisant. Pas d'abcès, on refait un nouveau plâtre le 20 juin puis le 1er octobre 1921 et le 23 janvier 1922 on lui fait son dernier plâtre d'immobilisation complète.

Le malade est revu le 4 mai 1922.

L'état est toujours satisfaisant. On fait un plâtre de marche.

L'enfant fait ensuite un peu de recurvatum et on plâtre le genou fléchi (octobre 1922). La hanche est en ce moment le siège de mouvements limités mais non douloureux.

Le 17 janvier 1923 nouvel examen du malade. L'enfant marche avec son plâtre sans souffrir.

Le 15 juin 1923, on note un léger mouvement de flexion. On n'interrompt pas la marche.

Le 24 juillet l'enfant revient de la campagne ne pouvant se tenir sur la jambe droite. Il avait fait une chute et accusait de la douleur au niveau du coup de pied. La radio montre une fracture transversale sans déplacement de l'extrémité inférieure du tibia.

L'enfant est immobilisé sous pansement.

Le 9 avril 1924 on remarque une saillie dans le pli inguinal Cette saillie d'une dureté osseuse fait penser à la possibilité d'un ostéome.Cette hypothèse est rejetée à la suite d'une radio qui montra que le fémur était en rotation externe considérable tel que l'axe du col a une direction sagittale. Cette saillie était donc la tête fémorale. Du fait de cette rotation externe la radiographie de face de la hanche présentait une particularité intéressante qui pouvait induire en erreur sur l'état du col fémoral.

Le col étant sagittal, la tête, le col et le grand trochanter se trouvent projetés l'un sur l'autre. De sorte que dans la radiographie le col fémoral est invisible et on peut penser à une perte de substance.

Mais sur la radiographie ou remarquait que l'apophyse du

petit trochanter est très proéminente, ce qui indique que le fémur est en rotation externe.

Pour montrer que le col a gardé dans ce cas sa longueur normale il faut radiographier la hanche, le membre dans une position telle, que le col fémoral soit horizontal. Comme l'a montré M. le Dr Robert Ducroquet dans sa thèse il faut mettre le malade sur le ventre.

Chez ce malade une radiographie dans cette position a été faite et montra l'intégrité du col fémoral.

On revoit le malade le 4 juin 1924. A l'examen de la région inguinale on sent à la palpation dans le triangle de scarpa une tumeur de consistance osseuse grosse comme un œuf dont la partie la plus externe est mobile avec la tête mais dont la partie la plus interne se prolonge jusqu'à l'anneau inguinal externe.

Il s'agissait de la tête fémorale luxée en avant. La radio montre en effet que la tête fémorale a quitté le cotyle.

Le pied est dans une rotation externe très marquée.

La mensuration a montré une différence de longueur entre les 2 membres de 1 centimètre.

Le malade est revu le 15 janvier 1925. On note que l'état général est toujours satisfaisant. La marche n'est pas douloureuse.

Ce malade présente donc une luxation antérieure ayant apparu au cours d'une coxalgie.

Cette luxation est bien due à la coxalgie elle-même, c'est-à-dire qu'on a affaire à une luxation pathologique.

Le malade a bien eu un traumastime qui a produit une fracture de jambe mais ce traumatisme n'est pas la cause de cette luxation qui est apparue bien après et insidieusement.

Nous avons revu dernièrement le malade. Il est toujours dans un état général satisfaisant. La saillie inguinale est toujours apparente même à l'inspection. La rotation externe semble un peu moins prononcée et les mouvements de rotation sont actuellement possibles. La marche se fait dans d'assez bonne condition et n'est pas douloureuse. Le malade arrive à marcher en posant complètement la plante du pied sur le sol. C'est que le membre malade ne présente pas de raccourcissement. Au contraire on

note un léger allongement apparent dû à ce que l'épine iliaque antéro-supérieure est légèrement abaissée du côté malade, position qui tend à corriger une légère abduction du membre.

OBSERVATION II

R. Robert âgé de 4 ans est amenée en novembre 1923 pour douleurs à la hanche droite.

Depuis cinq à six mois la jambe droite se fatiguait facilement après la marche. Un jour l'enfant est tombé; des douleurs vives ne lui permettaient pas de rester debout. Resté alité pendant deux jours il recommence à marcher mais en boîtant toujours. L'enfant a été ensuite plâtré pendant deux mois et il y a seulement un mois qu'on avait retiré son plâtre. L'enfant continuant à boîter on décide de l'emmener à la consultation des Enfants Malades.

L'examen du petit malade montre en ce moment que l'enfant marche en boîtant.

Les mouvements de flexion, d'extension et d'abduction de la hanche droite sont limités. La jambe droite est en flexion légère. Le pied en valgus léger.

Pas de douleur à la pression.

Petits ganglions inguinaux des deux côtés.

Réflexes normaux. Etat général bon. On fait une radio qui montre que la tête, le col et la partie supérieure de la cavité cotyloïde diffus, moins opaque que du côté sain. Le diagnostic de coxalgie fut posé et on met un plâtre au petit malade.

L'enfant revient à la consultation le 25 mars 1924 avec un abcès volumineux et presque fistuleux à la face interne du pied gauche. On ponctionne l'abcès. Nouvelle ponction, trois jours après qui ramène 7 à 8 centimètres cubes de pus verdâtre, grumuleux, mal lié.

Cet abcès se fistulise quelques jours après à la partie moyenne du bord interne du pied gauche.

On pratique en ce moment l'examen de la hanche. Pas de traces d'abcès. Nouveau plâtre.

On revoit le malade le 9 janvier 1925. Pendant l'intervalle séparant ces deux derniers examens le père du petit malade faisait une tuberculose pulmonaire dont il devait succomber quelques temps après. Pendant la maladie de son père l'enfant a été confié à un garde et il a marché sans permission.

Le 3 mai 1925, l'examen du malade montre :

Flexion 45°. Abduction 10°.

Rotation interne impossible.

Tendance à la rotation externe. Après dix-huit mois de plâtre il persiste quelques ganglions inguinaux ainsi que dans la fosse iliaque et une légère douleur à la pression sur la tête fémorale un peu saillante en avant du fait de la rotation externe.

Au mois de novembre dernier on trouve la tête très saillante généralement subluxée en avant dans le triangle de Scarpa.

Hanche en très bon état.

On refait un plâtre.

L'enfant n'a pas été revu depuis.

Nous sommes donc en présence d'un malade âgé actuellement de 6 ans qui présente une coxalgie datant de plus de deux ans, avec luxation antérieure de la tête fémorale.

Cette luxation est bien due aux lésions osseuses, car elle s'est produite d'une manière insidieuse, et on ne note pas de traumatique qui ait précédé la production de cette luxation.

Remarquons que bien avant de s'apercevoir de la présence de la tête fémorale dans la région du triangle de Scarpa, on avait remarqué que le membre avait tendance à se mettre en rotation externe. Sans doute cette rotation plus ou moins corrigée et surveillée, a persisté et a contribué peu à peu à la formation de la luxation antérieure.

OBSERVATION III

(*in* V. Menard. *Coxalgie*, 1894, *luxation pubienne*)

Une fille âgée de 12 ans en traitement à la maison Parmentier Cornu (Enfants assistés de la Seine, Station de Berk) pour une coxalgie qui dure depuis trois ans et demi a été soumise

pendant une période de quinze mois à l'extension continue sans immobilisation du membre. On n'a pas suffisamment surveillé la position du pied. Depuis dix mois la hanche est immobilisée à l'aide d'un appareil.

Actuellement et depuis plusieurs mois on ne trouve aucun empâtement ni aucune douleur à la pression autour de la hanche. La cuisse complètement étendue est fortement dévié en abduction de telle sorte que le talon de ce côté dépasse de 4 centimètres celui du côté opposé, les deux membres étant rapprochés. La rotation du membre en dehors est telle que le pied repose entièrement sur le lit par son bord externe. Les mouvements de la hanche, flexion,extension, rotation très peu étendue sont limités par une résistance brusque et invincible.

La tête fémorale forme une forte saillie dans l'aine sous l'arcade fémorale au-dessus et au devant de la position normale. On lui imprime de légers mouvements de rotation qui permettent de mieux déterminer sa position exacte.

OBSERVATION IV

(In-Fabre. Thèse Paris 1902)
Malade du Docteur Gérard Marchan
(luxation pubienne)

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans entré à l'hôpital Boucicaut le 6 novembre 1901, Pavillon Pasteur, lit n° 4. Il souffre d'une affection de la hanche droite d'origine tuberculeuse manifeste ainsi qu'en témoigne un abcès fistuleux à la région antérieure de la hanche.

Nous l'examinons en détail le lendemain de son entrée.

Le malade se tient couché sur le côté droit de telle sorte que la hanche et la cuisse portent à plat par toute l'étendue de leur face externe. Le membre inférieur droit est dans une attitude vicieuse qui rappelle celle de la coxalgie au début. La cuisse est *fléchie* sur le bassin mais cette flexion est minime, la face antérieure de la cuisse est dans le plan frontal passant par les 2 épines iliaques antéro-supérieures. Elle est en *abduction* de

45° environ. L'axe de la cuisse prolongée en haut vient aboutir à égale distance de l'ombilic et de l'implantation de la verge. Elle est en *rotation en dehors* très prononcée, le condyle interne du fémur regarde directement en avant. La jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse et le talon vient appuyer contre le mollet du côté opposé. L'attitude du genou est irréductible, il y a là des phénomènes de contractures et de raideur articulaire impossible à vaincre. Le bassin présente une obliquité considérable du côté malade : l'épine iliaque antérieure et supérieure droite est fortement abaissée et se trouve sur un plan plus antérieur que le gauche. La hanche présente à l'inspection outre l'atrophie des muscles, un exhaussement du triangle de Scarpa surtout sensible par comparaison avec la région du même nom du côté opposé qu'elle forme une dépression très marquée à cause de l'état de maigreur du sujet.

Par la palpation de la face antérieure de l'articulation on perçoit une induration et un gonflement peu marqués des ganglions inguinaux. Plus profondément et immédiatement au-dessous de l'arcade fémorale, on sent une tuméfaction dure vaguement arrondie, faisant penser à la tête fémorale. Elle est un peu douloureuse à la pression. Il est impossible de mobiliser cette saillie anormale en raison sans doute de la contracture musculaire considérable qui empêche tout mouvement dans la hanche. La face postérieure de l'articulation ne présente aucune dépression anormale. Bien au contraire la région rétro-trochantérienne, apparaît même plus remplie que celle du côté opposé.

Mensuration. — Le grand trochanter est à 4 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton; la distance de l'épine iliaque postérieure au bord supérieur du grand trochanter est de 16 centimètres à gauche (côté sain) contre 12 centimètres à droite (côté malade). La conclusion est qu'il existe une ascension du grand trochanter qui n'est pas moindre de 4 centimètres.

Le diagnostic de coxalgie avec luxation antérieure du fémur n'est pas douteuse. Il a été corroboré par une épreuve radiographique.

L'interrogatoire du malade ne permet guère de préciser à quel moment et par quel mécanisme s'est produite cette luxa-

tion; le malade ne s'est pas alité, il a pu continuer à marcher mais avec une boiterie assez marquée. A ce moment le membre était dans l'extension complète.

En décembre 1900, les douleurs redoublent d'intensité. Elles occupent la hanche et s'irradient dans le genou et jusque dans le pied. Pour la première fois le malade est obligé de prendre le lit; sa jambe était à cette époque dans l'extension complète, le malade est très affirmatif sur ce point.

Vers fin février 1901 changement d'attitude qui se fait progressivement pendant le séjour au lit; le membre se met en flexion, abduction et rotation en dehors. Pendant toute la durée du repos forcé au lit le malade s'est tenu couché sur la hanche droite et sur le flanc droit. Il n'a éprouvé ni la sensation de craquement ni de déboitement dans sa jointure.

Aucun traumastime n'a porté sur la hanche. La luxation s'est produite d'une façon tout à fait insidieuse; on peut donc la classer dans les catégories des luxations dites spontanées.

A quelle époque s'est produite la luxation?

Il est difficile de répondre à cette question d'une manière catégorique, nous savons seulement qu'elle a dû se produire pendant le mois de février 1901, dans le cours de son premier séjour au lit. A partir de juillet 1901 le malade se lève, il peut marcher avec des béquilles mais sans appuyer en quoi que ce soit sur sa jambe; pendant la marche celle-ci garde la même attitude fixe que nous avons observé au lit.

Vers le 15 juillet un abcès apparaît dans le triangle de Scarpa. On le ponctionne et on injecte de l'éther iodoformé dans la poche. Actuellement il persiste un trajet fistuleux à un travers de main au-dessous de l'épine iliaque, l'écoulement séro-purulent est minime.

Le 15 novembre réduction sous-anesthésie complète. M. Guard Marchand commence par fléchir progressivement, la cuisse sur le bassin puis il lui imprime un mouvement de circumduction; la tête fémorale se mobilise progressivement comme le prouve de gros craquements. Dans une deuxième manœuvre on exagère la flexion, l'adduction et la rotation en dedans. Il se produit un bruit caractéristique, en même temps la hanche, reprend

sa forme normale et la cuisse se place dans l'extension. L'impression est que le changement d'attitude vient d'être obtenu au prix d'une fracture du fémur.

On procède ensuite à l'extension de la jambe. Il est assez difficile à vaincre la raideur du genou. On y parvient cependant par des pesées lentes et progressives. L'extension de la jambe est maintenue par une gouttière plâtrée englobant le genou. Sur cet appareil plâtré on organise ensuite avec des bandelettes de diachylon une extention continue. Le malade est reporté dans un lit et placé dans une gouttière de Bonnet.

Suites opératoires. — Pendant les quelques jours qui suivent la région de la hanche est douloureuse; un abcès assez volumineux vient faire saillie à la partie antéro-externe de la cuisse; comme il s'évacue incomplètement par l'orifice fistuleux préexistant, celui-ci est agrandi d'un coup de bistouri; une quantité de pu qu'on peut évaluer à 2 verres de Bordeaux font issue par le trajet. A partir de ce moment la fièvre tombe complètement, l'état général s'améliore, l'appétit augmente et le malade engraisse sous l'influence d'un régime approprié. La cuisse reste en bonne position.

Au bout de trois mois l'extension est supprimée. L'exploration de la jointure à cette époque montre que la tête fémorale paraît occuper la position normale. Les mouvements sont abolis. Au total guérison par ankylose.

CHAPITRE III

LUXATION OBTURATRICE

Nous serons brefs au sujet de cette luxation qui est exceptionnelle. Elle aurait été déjà indiquée par Portal. Majorin.

V. Menard cite également un cas dans son livre, *Etudes sur la Coxalgie*, 1907. Il s'agissait d'une coxalgie grave, arrivée à la période d'abus. La cuisse était en flexion, abduction marquée et rotation externe.

Nous rapportons plus loin l'observation détaillée d'un cas de ce genre.

Jalaguier (1) qui a également observé un cas chez une jeune fille de 14 ans dont la coxalgie remontait à 7 ans au moins lui décrit les caractères suivants :

« La cuisse droite est ankylosée en flexion légère, abduction et rotation en dehors.

« Dans la station debout le membre gauche étant dans l'extension, le pied droit porté en avant du pied gauche n'arrive à toucher le sol que par la pointe.

« Du côté de la hanche on voit que le pli inguinal est comme effacé et qu'au-dessous de son tiers interne près du sillon géni-crural, il existe une tuméfaction vague; on peut constater d'autre part que la fesse est aplatie, que la fosse iliaque externe est affaissée, que la saillie du grand trochanter a disparu et que le pli fessier est con-

1. *Journal d'Orthopédie*, 1892.

sidérablement abaissé. La palpation permet de s'assurer que la tête du fémur recouverte par le pectiné et les adducteurs est située au-dessous de la branche horizontale du pubis dans le trou obturateur.

« D'autre part le grand trochanter difficile à sentir est enfoncé dans la fesse et son bord supérieur arrive presque à toucher l'ischion. Son bord supérieur est à un bon travers de doigt au-dessous d'une ligne unissant l'ischion à l'épine iliaque antéro-supérieure. »

OBSERVATION V

(*In* Le Guinchaoua, Thèse de Paris, 1901)

(*Luxation de la hanche, variété ovalaire, Réduction sous le chloroforme.*)

D. Adolphine, bobineuse âgée de 23 ans entre le 17 juin 1900 dans le service de M. le Professeur Duret. Aucun antécédent personnel. Père, mère, et cinq frères ou sœurs vivant et bien portant. Un jeune frère est mort en bas âge d'accidents cérébraux.

Cette malade ressentait depuis un an et demi déjà mais à certains jours seulement de la douleur au niveau de la hanche gauche; elle boitait. Puis les jours suivants tout rentrait dans l'ordre, douleurs et troubles fonctionnels faisaient complètement défaut .Il y a environ seize mois elle dut cesser son travail pendant quatre semaines. Elle le reprit paraissant bien guérie mais bientôt douleurs et boiterie intermittentes reparaissaient jusqu à il y a environ huit mois.

A cette époque un matin qu'elle s'était rendue à l'atelier malgré la douleur et la boiterie habituelle; elle dut être reconduite chez elle ne pouvant plus se soutenir sur le membre malade. Elle reste quatre mois au lit.

Depuis quatre mois elle marche avec une béquille et un bâton.

N'a jamais fait de chute.

Examen. — Le membre gauche malade paraît allongé de 12 centimètres environ. Il est en abduction avec légère rotation en dehors. La racine de la cuisse est considérablement élargie. L'épine iliaque antéro-supérieure fait saillie et est très abaissée. La crête se dessine presque sous la peau dans presque toute son étendue.

Du côté gauche malade la distance mesurée de l'épine iliaque antéro-supérieur à la pointe de la malléole externe est de 79 centimètres. Du côté droit on trouve 84 centimètres. La circonférence de la cuisse au-dessous du pli de l'aîne est de 47 centimètres, du côté malade de 42 centimètres du côté sain.

On sent nettement l'arcade de Fallope soulevée à la partie moyenne. Le creux du triangle de Scarpa a disparu. Il y a applatissement marqué de la fesse. Le pli fessier est abaissé. L'ischion fait saillie sous la peau. Le sommet du grand trochanter s'élève de 5 centimètres au-dessus de la ligne de Nelaton menée de l'épine iliaque antérieure et supérieureà la tubérosité de l'ischion.

Il est lui-même très enfoncé dans la racine du membre. Lorsqu'on saisit le genou on peut exécuter de tous petits mouvements de flexion et d'adduction : l'abduction et la rotation en dehors sont complètement impossibles.

Quand la malade marche la cuisse est dans une forte abduction, tout le bassin est incliné du côté malade. Elle marche sur la plante du pied en le portant à 25 centimètres de celui du côté sain.

La colonne vertébrale présente une scoliose à concavité droite. L'épine iliaque antéro-supérieure est tellement abaissée qu'elle paraît occuper la partie moyenne du triangle de Scarpa.

La malade est examinée couchée. Par le palper il est impossible de sentir la tête du fémur mais l'aplatissement de la base du triangle de Scarpa semble indiquer qu'elle est portée un peu en dedans. Par le toucher rectal on sent sur la face externe de la fosse obturatrice une saillie arrondie de volume d'une petite pomme. Cette saillie est évidemment constituée par la tête fémorale car si on imprime des mouvements à la cuisse ils se communiquent à cette saillie.

M. le Professeur Duret intervient le 2 juillet.

La malade étant anesthésiée est placée sur un matelas dans la position horizontale. Deux aides maintiennent solidement le bassin en pressant sur les 2 épines iliaques antérieures et supérieures. L'opération procède à des mouvements alternatifs de flexion et d'extension, d adduction et d'abduction pour arriver ensuite à de larges mouvements de circumduction; à ce moment on sent la tête rouler dans le triangle de Scarpa. Puis la cuisse étant fléchie à angle droit sur le bassin il exerce dans cette position une traction verticale prolongée qui ne donne pas de résultat. Il semble pourtant qu'à ce moment le pli de l'aîne est moins élargie et que la tête fémorale soit un peu remontée.

Une deuxième tentative est faite et la cuisse toujours fléchie à angle droit, on insiste surtout sur l'adduction et la rotation en dehors. A ce moment l'opérateur perçoit un brusque ressaut, la luxation vient de se réduire et le membre mis dans l'extension offre l'aspect normal. Mais la flexion de la cuisse permèt soudain la reproduction de la luxation et la tête fémorale vient se replacer dans la fosse ovale. Une seconde réduction est faite assez facilement et le membre est maintenu dans l'extension. La malade est transportée dans son lit et soumise à l'extension continue.

Les membres inférieurs présentent une longueur égale. L'élargissement de la racine de la cuisse a disparu, le pli inguinal est aussi marqué que du côté sain. Le trochanter fait nettement saillie. Son sommet dépasse légèrement la ligne de Nélaton.

Le soir le pouls est assez peu fréquent, température 38°2. Douleur spontanée au pli de l'aîne. Il y a de la tuméfaction en ce point et dans le triangle de Scarpa. La moindre pression en ces points est très douloureuse; de même sensibilité assez vive sur le sommet du grand trochanter.

Le 3, léger mouvement fébrile, le soir 38°4. La douleur persiste dans des points affectés la veille.

Le 4, 5, 6, la température oscille entre 38°-38°8. Le pouls bat à 120.

Le gonflement de l'aîne persiste. On se demande même si ce n'est pas un abcès en voie de formation.

Les jours suivants la fièvre tombe, le gonflement disparaît. L'état général est excellent.

Le 12 juillet la température est le soir 38°3.

L'état général est bon. Le 13 et 14 apyrexie complète.

Le 17 on applique un appareil de Verneuil plâtré.

La malade sort le 20 juillet. Elle revient le 25 octobre. L'état général se maintient bon, la malade marche facilement avec une canne.

L'appareil étant encore solide elle repart.

Le 5 décembre nouveau retour. L'appareil est cassé au niveau du pli de l'aîne. La marche est devenue difficile avec une canne.

L'appareil enlevé on constate que le membre gauche est absolument rectiligne plus court que le droit de 1 centimètre. Le bassin n'est pas abaissé du côté gauche. Il y a de la tuméfaction du pli de l'aine, surtout à la partie supérieure du triangle de Scarpa. Pas de modification de la peau. La pression est légèrement douloureuse à ce niveau.

En palpant profondément on constate de la résistance et de la fluctuation un peu en dehors des vaisseaux fémoraux. Les points articulaires antérieurs et postérieurs ne sont pas douloureux : Pas de douleur non plus par la pression du grand trochauter ni sur le pied.

Le grand trochanter est en place. Les mouvements spontanés sont impossibles dans la hanche et le genou.

Un nouvel appareil est appliqué et la malade retourne chez elle après quelques jours de séjour à l'hôpital. Nous la revoyons le 23 février, l'état est à peu près le même. Le membre gauche (côte de la luxation) est parfaitement rectiligne, plus court que le droit de 1 centimètre à peine. On note une atrophie très notable des masses musculaires de la jambe mais surtout de la cuisse.

On retrouve de la fluctuation profonde au niveau du triangle de Scarpa. sans modification de coloration de la peau, ni douleur. Le grand trochanter est en place. Mouvements spontanés impossibles. Au niveau de l'articulation de la hanche les mouvements provoqués se transmettent intégralement au bassin.

La malade ne peut se tenir debout sans le secours de canne.

Mais elle fait porter le poids de son corps surtout sur le membre sain. Elle ne peut pas se tenir sur le membre gauche seul. Elle marche lentement mais en boitant fortement avec le secours du bâton.

La marche sans canne est douloureuse.

Le point le plus important semble obtenu : ankylose solide en bonne position et avec un peu de raccourcissement mais la marche est encore difficile douloureuse même et quelques mois seront encore nécessaires avant que la malade puisse s'appuyer franchement sur le membre atteint.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES

Nous avons vu plus haut que les luxations antérieures de la coxalgie sont dues à ce que le membre à tendance à se mettre en rotation externe et que la position vicieuse persiste assez longtemps pour produire les déformations osseuses conduisant aux déplacements articulaires.

Donc pour éviter la production de la luxation antérieure il faut éviter la production de cette rotation externe et immobiliser le membre malade de manière que le pied soit toujours maintenu en position indifférente.

Un appareil plâtré s'arrêtant au-dessus du genou est tout à fait inefficace pour empêcher les mouvements de rotation; la cuisse étant cylindrique, l'appareil et la cuisse formeront deux cylindres concentriques capables de tourner l'un dans l'autre.

Si on enveloppe dans l'appareil la rotule et les contours des condyles fémoraux le membre peut être tout à fait immobilisé. Mais chez les tout jeunes enfants et chez ceux qui offrent un pannicule adipeux développé on n'arrive pas à modeler les saillies osseuses du genou; la coupe de l'appareil au niveau de la rotule sera à peu près cylindrique et par conséquent incapable de mettre obstacle à la rotation du segment osseux. Aussi pour empêcher la rotation le mieux est de faire englober le pied dans l'appareil plâtré.

La technique de ce plâtre est un peu plus laborieuse. Si l'on se sert de la table orthopédique de Ducroquet par exemple elle est de beaucoup simplifiée puisqu'il suffit de faire tout d'abord le plâtre du pied puis fixer le pied dans la pédale et faire ensuite le plâtre normal pour coxalgie.

CONCLUSIONS

1° Les luxations antérieures sont exceptionnelles au cours de l'évolution d'une coxalgie.

2° Elles sont dues à la position du membre en rotation externe. Si cette position persiste assez longtemps la tête fémorale pressant sur le bord antérieur du sourcil cotyloïdien produit à ce niveau l'ulcération compressive qui aboutira à la luxation antérieure.

3° Cliniquement, les luxations antérieures sont caractérisées par une saillie d'une dureté osseuse, mobile avec le membre et située au niveau du triangle de scarpa. *b*) par une rotation externe du membre qui est toujours très accentuée à tel point que le bord externe du pied touche le plan du lit sur toute sa longueur.

4° Par suite de la rotation externe la radiographie de la hanche peut induire en erreur et faire penser à une diminution de la longueur du col et même sa disparition complète par le processus de l'ulcération compressive. Nous avons décrit une technique simple qui permettra dans ces cas d'obtenir une radiographie dans laquelle le col fémoral apparaît dans son état réel.

5° Pour prévenir la production des luxations anté-

rieures il faut éviter de laisser le membre en rotation externe. Le mieux dans ces cas est d'immobiliser en englobant le pied dans l'appareil platré, le pied étant mis en position indifférente.

Vu, le Président de la thèse
CUNÉO

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

MENARD. — Coxalgie, 1894.

— Etudes sur la Coxalgie (1907).

LANNELONGUE. — Coxotuberculose.

Revue d'orthopédie, années 1892-1893.

FABRE. — Thèse de Paris 1902.

LE GUICHAOUA. — Thèse de Paris, 1901.

DUCROQUET (R.). — Thèse de Paris, 1923

BROCA. — Chirurgie infantile.

TUFFIER ET DESFOSSES. — Petite chirurgie pratique.

6976 — Imp. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 1-1926.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE